

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ДИСКОГЕННОЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ

И. И. КОВТУН, проф. Н. В. ЛИТВИНЕНКО

*ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», Полтава*

**Показана эффективность психотерапевтического метода аутогенной релаксации в комплексной терапии острого болевого синдрома, обусловленного дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией. Отмечены уменьшение интенсивности боли, улучшение качественных характеристик болевого синдрома за счет сенсорной и аффективной (эмоциональной) составляющих, снижение уровней реактивной и личностной тревожности, уровня депрессии. Позитивная клиническая динамика способствовала повышению уровня жизнедеятельности пациентов.**

*Ключевые слова: острый болевой синдром, дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия, аутогенная релаксация.*

Показатель неврологических проявлений дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника составляет от 67 до 95% всех заболеваний периферической нервной системы [1]. Одной из важнейших проблем современной неврологии является повышение эффективности лечения острого болевого синдрома (ОБС), обусловленного дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией (ПКР). Лечение острой боли должно начинаться в **максимально ранние сроки с целью предупреждения повторных обострений и хронизации болевого синдрома** [2]. При радикулопатии боль может длиться недели или месяцы, в **части случаев** она становится хронической, продолжается годами [3, 4]. При длительном болевом синдроме депрессивные и **тревожные расстройства развиваются** в 3–4 раза чаще, чем в популяции в целом, что в отдельных случаях сопровождается не только снижением качества жизни пациентов, но и **приводит к потере их трудоспособности**. В настоящее время известно, что формирование болевого ощущения опосредуется структурами ноцицептивной системы [5–7]. От ноцицепторов афферентный сигнал по тонким миелинизированным А-волокам и немиелинизированным С-волокам передается на ноцицептивные нейроны спинного и головного мозга, где формируется болевое ощущение [8]. Формирование болевого синдрома определяется не только интенсивностью ноцицептивного раздражителя, но и **комплексом психологических факторов**, поскольку боль ассоциируется с тревогой, страхом, психологическим дистрессом, снижением адаптивных возможностей организма [3]. **Реализация эмоционально-аффективных проявлений боли** обеспечивается поступлением ноцицептивной информации в ретикулярную формуляцию мозга, которая передает болевую информацию в **неспещифические ядра таламуса, затем в кору, а также**

**в гипоталамус и лимбическую систему, усиливая** и пролонгирует защитные реакции спинного мозга и ствола мозга, привлекая и вегетативную (особенно симпатическую) нервную систему [7, 9]. На современном этапе остаются не полностью изученными вопросы эффективности психотерапевтических методов лечения ОБС, обусловленного дискогенной ПКР. Одним из таких методов лечения ОБС может быть аутогенная тренировка, основанная на применении мышечной релаксации, самовнушения и самовоспитания. Пациент активно вовлекается в процесс терапии. Лечебный эффект аутогенной тренировки обусловлен возникающей в результате релаксации трофотропной реакцией, сопровождающейся повышением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, нейтрализацией эмоционально-аффективных проявлений боли.

Цель исследования — сравнение клинического течения ОБС, обусловленного дискогенной ПКР L5 и S1-позвонков на фоне традиционного лечения и **комплексной терапии, включающей аутогенную релаксацию**.

В исследовании участвовали 49 пациентов (20 мужчин и 29 женщин) с ОБС, обусловленным ПКР, в возрасте от 28 до 55 лет. Обследование проводилось согласно специально разработанной нами карте пациента с болью в нижней части спины, которая включала жалобы, данные анамнеза, неврологического статуса, параклинических методов обследования, в частности, магниторезонансной томографии пояснично-крестцового отдела позвоночника. У всех больных был диагностирован ОБС, связанный с компрессией L5 (18 (36,73%) больных) или S1 (31 (63,27%) больной) корешков на фоне протрузий и **грыж межпозвоноковых дисков**. Пациенты были осмотрены нейрохирургом и на момент лечения не нуждались в **нейрохирур-**

гической помощи. Для объективизации болевого синдрома, оценки объема активных движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, выявления депрессии и **уровня тревоги больного**, нарушения его жизнедеятельности и контроля эффективности применяемой терапии были использованы унифицированные шкалы: визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ), опросник боли Мак – Гилла, пробы Шобера и **Томайера**, шкала депрессии Бека, тест Спилбергера – Ханина, опросник Роланда – Морриса. ВАШ представляет собой отрезок длиной 10 см, на котором больной отмечал знаком балл, отвечающий интенсивности боли (0 баллов соответствовало отсутствию болевого ощущения, 1–3 балла – боли слабой интенсивности, 4–6 баллов – средней интенсивности, 7–9 баллов – сильной боли, 10 баллов – очень сильной). Опросник боли Мак – Гилла дает представление о качественной характеристике боли, позволяет измерить сенсорную, эмоциональную и количественную (эвалюативную) составляющие болевого ощущения. Семьдесят восемь слов, характеризующие боль, были разделены на 20 классов (субшкал) и образовали три главных класса (шкалы). Первый класс (с 1-й по 13-ю субшкалу) характеризовал боль на сенсорном уровне, второй класс (с **14-й по 19-ю субшкалу**) – на эмоциональном уровне, третий класс (20-я субшкала) помогал определить интенсивность боли. Больной выбирал те или иные дескрипторы из любых 20 субшкал, но только один дескриптор в соответствующей шкале. Высчитывались ранговый индекс боли (РИБ) – сумма порядковых номеров дескрипторов во всех субшкалах и индекс числа выбранных дескрипторов (ИЧВД). Оценка степени депрессивных расстройств проводилась с помощью теста Бека. Результат 10–15 баллов указывал на наличие мягкой депрессии, 16–19 баллов – умеренно выраженной, более 19 баллов – на значительную степень депрессивных расстройств. Уровень личностной и реактивной тревожности проводился с помощью теста Спилбергера – Ханина: результат 30 баллов отражал низкий уровень тревожности, 31–45 баллов – средний, 46 баллов и более – высокий уровень. Ограничение двигательной активности оценивали с **помощью опросника Роланда – Морриса**, который включал 18 вопросов, определяющих жизнедеятельность пациента с **болью в спине**. **Нарушение жизнедеятельности констатировали** в том случае, если больным отмечал 7 пунктов опросника, при выборе 8–12 пунктов нарушения считали выраженными, при отметке 13–18 пунктов – значительно выраженными.

Пациенты были распределены на две группы, однородные по возрасту, полу, интенсивности болевого синдрома и объективной неврологической симптоматике. Основную группу составили 23 пациента, которым была назначена традиционная терапия (НПВП (натриевая соль диклофенака в дозе 75 мг внутримышечно ежедневно, 7 дн), миорелаксант (толперизон 100 мг внутримышечно

ежедневно, 14 дн), витаминные препараты (тиамин гидрохлорид 100 мг, пиридоксин гидрохлорид 100 мг, цианкобаламин 1 мг внутримышечно через день, 5 инъекций) в сочетании с суггестивным методом психотерапии – аутогенной релаксацией. В контрольную группу вошли 26 пациентов, которые получали только традиционное лечение. Курс лечения длился 14 дн, всем пациентам проведено комплексное обследование на 1-й и 14-й дни наблюдения.

Основными клиническими симптомами у обследованных обеих групп были боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией в нижнюю конечность (100%), анталгический сколиоз (43 (87,8%) больных), напряжение мышц спины (100%), снижение или исчезновение ахиллового рефлекса (16 (32,7%) больных); гипестезия (31 (63,3%) больной), гиперестезия (12 (24,5%) больных), гипотония мышц (17 (14,3%) больных). Выраженными были симптом натяжения Ласега (в среднем составлял **29,7±1,3о**) и функциональные нарушения состояния позвоночника (согласно результатам тестов Шобера и **Томайера** соответственно **2,6±0,14 см** и **34,3±1,48 см**). Результаты тестирования по ВАШ показали, что в группе больных до лечения боль оценивалась как умеренная у 19 (38,8%) пациентов, сильная – у 26 (53,1%), очень сильная – у 4 (8,1%) и в среднем отвечала сильной (**7,3±0,27 балла**). После проведенной терапии в **обеих группах больных** отмечено уменьшение выраженности клинической симптоматики ОБС (табл. 1).

Согласно полученным данным традиционное лечение приводило к значительному уменьшению клинических проявлений ОБС, обусловленных дискогенной ПКР, **в обеих группах**. При этом в основной группе пациентов (с применением аутогенной релаксации в комплексной терапии) была установлена более выраженная положительная динамика таких параметров, как анталгический сколиоз, напряжение мышц спины, интенсивность болевого синдрома. Наряду с **уменьшением проявлений болевого синдрома** у всех обследованных после лечения зафиксировано улучшение статико-локомоторных функций, связанных с алгическим и мышечно-тоническим компонентами, отмечено преобладание терапевтического эффекта в **основной** группе больных (достоверное уменьшение интенсивности болевого синдрома согласно ВАШ с **7,15±0,23 балла** до лечения (сильная боль) до **3,04±0,18 балла** после лечения (боль слабой интенсивности)). В контрольной группе пациентов установлено достоверное уменьшение интенсивности боли с **7,4±0,31 балла** (сильная боль) до **4,7±0,23 балла** (боль средней интенсивности). Уменьшение интенсивности боли сопровождалось положительными количественными изменениями симптома Ласега, что отражалось в увеличении угла разгибания выпрямленной нижней конечности в тазобедренном суставе у больных обеих групп: с **27,4±0,94°** до лечения до **67,6±2,35°** после

Таблица 1

**Динамика клинических параметров острого болевого синдрома, обусловленного дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией, на фоне лечения (%)**

Параметры	Основная группа, n = 23		Контрольная группа, n = 26	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Анталгический сколиоз	78	39	77	46
Напряжение мышц спины:				
отсутствие	0	9	0	0
легкое	0	82	0	20
умеренное	25	9	27	73
выраженное	75	0	73	7
Изменение чувствительности по корешковому типу:				
гипестезия	68	67	70	68
гиперестезия	22	20	20	18
анестезия	10	9	10	8
без изменений	0	4	0	6
Интенсивность боли (ВАШ):				
отсутствие	0	0	0	0
легкая	0	69	0	15
умеренная	39	30	38	81
сильная очень	56	1	50	4
сильная	5	0	12	0

Таблица 2

**Динамика показателей тревоги и депрессии у пациентов основной и контрольной групп по тесту Спилберга — Ханина, шкале Бека, баллы (M±m)**

Показатель	Основная группа, n = 23		Контрольная группа, n = 26	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Тест Спилберга — Ханина:				
реактивная тревожность	48,6±0,70	34,2±0,92*	45,1±1,23	39,8±1,21*
личностная тревожность	41,3±1,58	36,6±2,08*	39,4±1,68	38,5±1,78
Шкала Бека	14,6±0,96	9,5±0,98*	11,8±0,97	10,2±0,90

\*  $p < 0,05$  статистически достоверные различия до и после лечения. То же в табл. 3.

лечения ( $p < 0,05$ ) в основной группе; с  $32,1 \pm 1,82^\circ$  до лечения до  $61 \pm 1,54^\circ$  после лечения ( $p < 0,05$ ) в контрольной. Проведение проб Шобера и Томайера показало улучшение статико-динамических функций позвоночника у пациентов обеих групп: увеличение расстояния от позвонка L5 при максимальном наклоне вперед (проба Шобера) —  $2,4 \pm 0,12$  см до лечения и  $4,4 \pm 0,06$  см после лечения в основной группе ( $p < 0,05$ ) против  $2,7 \pm 0,17$  см до лечения и  $4,1 \pm 0,11$  см после лечения в контрольной ( $p < 0,05$ ); уменьшение расстояния от III пальца вытянутых рук до пола при максимальном наклоне вперед (проба Томайера) —  $35,7 \pm 1,15$  см до лечения и  $14,4 \pm 0,42$  см после лечения в основной группе ( $p < 0,05$ ) против  $35,9 \pm 1,64$  см до лечения и  $19,2 \pm 0,99$  см после лечения в контрольной ( $p < 0,05$ ).

Неотъемлемой составляющей клинической картины ОБС, обусловленного дискогенной ПКР, у всех пациентов были тревожные и депрессивные симптомы, выявленные с помощью теста Спилберга — Ханина и шкалы Бека. Динамика уровней

тревоги и депрессии у пациентов основной и контрольной групп представлена в табл. 2. Согласно полученным данным, после лечения в обеих группах у пациентов достоверно снизился уровень реактивной тревожности (с высокого до умеренного). В основной группе у больных, прошедших курс аутогенной релаксации, снизились уровни личностной тревожности и депрессии (с легкого уровня до полного отсутствия депрессии).

Качественную характеристику болевого синдрома до и после лечения оценивали по опроснику Мак — Гилла (табл. 3). Полученные данные свидетельствуют, что на фоне лечения в обеих группах больных достоверно уменьшилось суммарное число выделенных слов (ИЧВД), которыми пациент описывал свои болевые ощущения, а также значимость этих слов-дескрипторов (РИБ). После традиционного лечения суммарные РИБ и ИЧВД уменьшились исключительно за счет сенсорной шкалы. Уменьшение ИЧВД и РИБ на фоне традиционного лечения с использованием аутогенной релаксации происходило за счет сен-

Динамика показателей болевого синдрома у пациентов основной и контрольной групп по опроснику Мак – Гилла, баллы (M±m)

Показатель	Основная группа, n = 23		Контрольная группа, n = 26	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
ИЧВД:				
сенсорная шкала	4,0±0,04	2,0±0,08*	3,9±0,10	2,8±0,12*
аффективная шкала	2,9±0,11	1,17±0,08*	3,2±0,12	3,0±0,14
РИБ:				
сенсорная шкала	8,9±0,22	3,7±0,18*	9,3±0,31	4,8±0,26*
аффективная шкала	5,7±0,28	1,26±0,11*	4,7±0,25	4,9±0,32
Суммарный ИЧВД	7,0±0,12	3,2±0,10*	7,1±0,17	5,7±0,23*
Суммарный РИБ	14,6±0,47	5,32±0,33*	15,5±0,57	9,7±0,49*

сорной и аффективной шкал, что указывает на возможность коррекции сенсорной и аффективной (эмоциональной) составляющих болевого ощущения с помощью аутогенной тренировки. ОБС характеризовался нарушением жизнедеятельности пациентов, о чем свидетельствовало наличие ограничений, связанных с болью, по данным опросника Роланда – Морриса (в основной группе – 11,3±0,63 балла, в контрольной – 11,7±0,54 балла). После проведенного лечения наблюдалась активизация жизнедеятельности пациентов в основной группе на 51,3±4,6% (5,5±0,25 балла), в контрольной – на 33,3±3,1% (7,8±0,40 балла).

Применение в лечении ОБС, обусловленного дискогенной ПКР, комплексной терапии с использованием аутогенной релаксации показало большую эффективность в отношении уменьшения выраженности клинических проявлений болевого синдрома, интенсивности боли по ВАШ (с выраженной до легкой степени), уменьшения качественных характеристик болевого синдрома за счет сенсорной и аффективной (эмоциональной) составляющих по опроснику Мак – Гилла, уровня реактивной и личностной тревожности, уровня депрессии, что способствовало повышению уровня жизнедеятельности пациентов на 51,3±4,6%.

## Список литературы

1. Міщенко Т. С. Сучасна діагностика і лікування у неврології та психіатрії / Т. С. Міщенко; за ред. Т. С. Міщенко, В. С. Підкоритова. – К.: Доктор-Медіа, 2008. – 624 с.
2. Литвиненко Н. В. Комплексная оценка острого болевого синдрома у пациентов с дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией / Н. В. Литвиненко, И. И. Ковтун // Национальный журн. неврологии. – 2014. – № 1 (5). – С. 84–88.
3. European guidelines for the management of acute non-specific low back pain in primary care / M. Van Tulder, A. Becker, T. Bekkering [et al.] // Eur. Spine J. – 2006. – № 15 (Suppl. 2). – P. 169–191.
4. Товажнянская Е. Л. Болевые синдромы в области спины: современные направления рациональной фармакотерапии // Междунар. неврологический журн. – 2013. – № 2 (56). – С. 149–154.
5. Ван Роени Дж. Х. Диагностика и лечения боли / Дж. Х. Ван Роени, Дж. А. Пейс, М. И. Преодерю. – М.: Бином, 2012. – 494 с.
6. Болевые синдромы в неврологической практике; под. ред. В. Л. Голубева. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 330 с.
7. Данилов А. Б. Нейропатическая боль / А. Б. Данилов, О. С. Давыдов. – М.: Боргес, 2007. – 192 с.
8. Хейманн В. Сегментарная дисфункция и структурные повреждения. Нейрофизиологические аспекты диагностики / В. Хейманн // Мануальная терапия. – 2007. – № 2 (26). – С. 6–11.
9. Иваничев Г. А. Сенсорное и рефлекторное взаимодействие в механизмах акупунктуры / Г. А. Иваничев. – М.: МЕДпресс, 2005. – 486 с.

### ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БОЛОВОГО СИНДРОМУ, ОБУМОВЛЕНОГО ДИСКОГЕННОЮ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОЮ РАДИКУЛОПАТІЄЮ, З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДІВ ПСИХОТЕРАПІЇ

І. І. КОВТУН, Н. В. ЛИТВИНЕНКО

Показано ефективність психотерапевтичного методу аутогенної релаксації у комплексній терапії гострого болювого синдрому, обумовленого дискогенною попереково-крижовою радикулопатією. Відзначено зменшення інтенсивності болю, покращання якісних характеристик болювого синдрому за рахунок сенсорної та афективної (емоційної) складових, зниження рівнів реактивної

**та особистісної тривожності, рівня депресії. Позитивна клінічна динаміка сприяла підвищенню рівня життєдіяльності пацієнтів.**

*Ключові слова: гострий больовий синдром, дискогенна попереково-крижова радикулопатія, аутогенна релаксація.*

**EFFICACY OF COMPLEX TREATMENT OF ACUTE PAIN SYNDROME CAUSED BY DISCOGENIC LUMBOSACRAL RADICULOPATHY USING PSYCHOTHERAPY METHODS**

I. I. KOVTUN, N. V. LYTVYNENKO

**The efficacy of psychotherapeutic method of autogenic relaxation in complex treatment of acute pain caused by discogenic lumbosacral radiculopathy is shown. Reduction of pain intensity, improved qualitative characteristics of pain due to sensory and affective (emotional) components, reduced levels of state and trait anxiety and level of depression were noted. Positive clinical dynamics promoted increased level of life quality of the patients.**

*Key words: acute pain syndrome, discogenic lumbosacral radiculopathy, autogenic relaxation.*

Поступила 12.07.2014